



# भारत का राजपत्र The Gazette of India

असाधारण  
EXTRAORDINARY

भाग III—खण्ड 4  
PART III—Section 4

प्राधिकार से प्रकाशित  
PUBLISHED BY AUTHORITY

सं. 45] नई दिल्ली, सोमवार, फरवरी 18, 2013/माघ 29, 1934  
No. 45] NEW DELHI, MONDAY, FEBRUARY 18, 2013/MAGHA 29, 1934

बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण

अधिसूचना

हैदराबाद, 16 फरवरी, 2013

बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण (जीवन बीमा के लिए मानक प्रस्ताव फॉर्म) विनियम, 2013

फा. सं. बी.वि.वि.प्रा./रेग्यु/10/68/2013.—प्राधिकरण, आईआरडीए अधिनियम 1999 की धारा 14 (2) (b) (1999 का अधिनियम 41) और बीमा अधिनियम, 1938 (1938 का 4) की 114 (a) (जेडसी) तथा (जेडडी) के द्वारा प्रदत्त शक्तियों का प्रयोग करते हुए बीमा सलाहकार समिति के साथ परामर्श से, एतद्वारा निम्नलिखित विनियम बनाता है अर्थात् ,

अध्याय I: प्रस्तावना

## 1. संक्षिप्त शीर्षक तथा प्रारम्भ

- (1). इन विनियमों को बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण (जीवन बीमा के लिए मानक प्रस्ताव फॉर्म) विनियम, 2013 के नाम से पुकारा जायेगा ।
- (2). ये अधिकारिक राजपत्र के प्रकाशन की दिनांक से प्रवृत्त होंगे।

## 2. परिभाषाएँ

इन विनियमों में, जब तक कि संदर्भ से अन्यथा अपेक्षित न हो,

- (1). 'अधिनियम' का अभिप्राय बीमा अधिनियम, 1938 (1938 का 4) से है ।
- (2). 'सिफारिश' का अभिप्राय एक एजेंट या बैंकासुरेंस या दलाल या एक बीमा कंपनी से है, जहां कोई एजेंट या दलाल शामिल न हो, के द्वारा प्रदान की गई सलाह का अर्थ है कि एक व्यक्ति उपभोक्ता के लिये एक जीवन बीमा पॉलिसी का क्रय हो जिसका परिणाम सलाह के अनुसार हो ।

- (3). 'उपयुक्तता' का अभिप्राय है निर्धारण जो कि मानक प्रस्ताव फॉर्म में दी गई जानकारी के आधार पर एक विशेष भावी क्रेता के जोखिम विवरण, वित्तीय स्थिति, और निवेश के उद्देश्यों के आधार एक उत्पाद ही भावी क्रेता हेतु उचित होता है।
- (4). 'उपयुक्तता जानकारी' का अभिप्राय है कि वह जानकारी जो मानक प्रस्ताव फॉर्म में प्रदान की गई है जो समुचित रूप से उपयुक्तता की सिफारिश का निर्धारण करने के लिए उपयुक्त है।
- (5). 'मानक प्रस्ताव फॉर्म' का अभिप्राय है कि मानक प्रस्ताव फॉर्म के प्रारूप इन विनियमों के साथ अनुबंध के रूप में संलग्न है। जिसके चार अनुभाग हैं, अर्थात् (क) भावी क्रेता का विवरण (ख) विशेष व अतिरिक्त जानकारी (ग) उपयुक्तता का विश्लेषण (घ) सिफारिश। जिसमें मानक घोषणा को छोड़कर कुछ जोड़ा या हटाया नहीं जाएगा जबकि अनुभाग (क और ग) मानक व आवश्यक है जबकि अनुभाग (ख) आवश्यकता होने पर संशोधन किया जा सकता है तथा अनुभाग (घ) मानक व उच्च सिफारिश है या ऐसे फॉर्म जो प्राधिकरण द्वारा समय-समय पर निर्धारित किये जा सकते हैं।
- (6). सभी शब्द और भाव जो यहां प्रयोग किये गए हैं और परिभाषित नहीं किये लेकिन बीमा अधिनियम, 1938 (1938 के 4), या बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण अधिनियम, 1999 (1999 के 41), और उनके अधीन नियमों या विनियमों में परिभाषित किये गए हैं का अर्थ क्रमशः वही होगा जो कि उन अधिनियमों या नियमों या विनियमों में दिया गया है।

### 3. उद्देश्य

इन नियमों का उद्देश्य जीवन बीमा में व्यक्तिगत पॉलिसी के लिये के मानक प्रस्ताव फॉर्म प्रदान करना है। जिसके द्वारा अतिरिक्त/विशेष जानकारी से विशिष्ट उत्पाद और विशेष जोखिम की श्रेणी को सुनिश्चित करने के लिए एक सन्निहित लचीलापन है और एक विशेष उत्पाद की जरूरत को समझने के लिये सभी प्रासंगिक प्रश्नों की आवश्यकता होती है। तथा भावी क्रेता के लिये सिफारिश करते हुए पारदर्शिता और भावी क्रेता के हितों की रक्षा की जाती है।

### 4. संपूरकता

ये विनियम प्रस्ताव फॉर्म से सम्बन्धित प्रावधानों के पूरक हैं जो कि कानून, नियम व विनियम में दिये गए हैं जो कि विशेषतः बीमा अधिनियम, 1938 की धारा 45 व 51 तथा आईआरडीए विनियम (पॉलिसीधारकों के हितों का संरक्षण), 2002 के 7 (d) व 4 और बीमा नियम का नियम 12 में दिये गए हैं।

## अध्याय - II : दायित्व

### 5. प्रयोज्यता और क्षेत्र

- (1). यह विनियम जीवन बीमा कंपनियों द्वारा जारी किए गए सभी व्यक्तिगत पॉलिसियों पर लागू होंगे वह भी बिना किसी उत्पाद के प्रकार व खण्ड को प्रभावित हुए।
- (2). इन विनियमों के तहत जो दायित्व परिभाषित किये गए हैं वह बीमा कंपनियों और मध्यस्थों पर लागू होंगे।

**6. मानक प्रस्ताव प्रपत्र**

- (1). सभी जीवन बीमा कंपनियों के लिए मानक प्रस्ताव फॉर्म को अपनाना अनिवार्य होगा।
- (2). प्रत्येक व्यक्तिगत जीवन प्रस्तावक से एक फॉर्म अलग से एकत्र किया जाएगा।

**7. उपयुक्तता का निर्धारण:**

- (1). जहां प्रत्यक्ष बिक्री शामिल हो, एक बीमा कंपनी या एजेंट या बैंकासुरेंस या दलाल या उनके कर्मचारी सिफारिश करने से पहले एक उपभोक्ता की उपयुक्तता की जानकारी प्राप्त करने के लिये उचित प्रयास करेंगे।
- (2). भावी क्रेता से प्राप्त उपयुक्तता की जानकारी के आधार पर जहां प्रत्यक्ष बिक्री शामिल हो, एक बीमा कंपनी या एजेंट या बैंकासुरेंस या दलाल या बीमा कम्पनी के कर्मचारी के पास विश्वास करने के लिये उचित कारण होना चाहिये जिस उत्पाद की सिफारिश भावी क्रेता के लिये की जा रही है कि वह उसके लिये उपयुक्त उत्पाद है।
- (3). जहां प्रत्यक्ष बिक्री शामिल हो, एक बीमा कंपनी या एजेंट या बैंकासुरेंस या दलाल या बीमा कम्पनी के कर्मचारी द्वारा एक जीवन बीमा उत्पाद के क्रय की सिफारिश करते हुए निम्नलिखित को सुनिश्चित करेंगे।
- (क). भावी क्रेता को उपलब्ध उत्पादों और विशेष उत्पाद की विशेषताओं का विवरण सूचित किया गया जिसकी सिफारिश की जा रही है जिसमें विभिन्न प्रभार जैसे समर्पण शुल्क, प्रशासन शुल्क और अन्य लागू शुल्क जैसे बाजार जोखिम इत्यादि शामिल होंगे लेकिन लाभों तक सीमित नहीं रहेंगे। अन्य शब्दों में भावी क्रेता द्वारा उचित निर्णय लेने के लिये सभी प्रासंगिक विशेषताएं आवश्यक हैं।
- (ख) जहां प्रत्यक्ष बिक्री शामिल हो, एक बीमा कंपनी या एजेंट या बैंकासुरेंस या दलाल या उनके कर्मचारी का मानना है कि एक विशेष उत्पाद भावी क्रेता की आवश्यकताओं के अनुरूप होगा।

**8. बीमा कंपनियाँ पर्यवेक्षी प्रक्रियाओं की स्थापना:**

- (1). एक बीमा कंपनी एक पर्यवेक्षण प्रणाली स्थापित करेगा जो कि निम्न दिशा-निर्देशों सहित, लेकिन सीमित नहीं के, अनुपालन हेतु निर्मित की गई है।
- (क). बीमाकर्ता एक प्रक्रिया (प्रणाली) रखेगा जहां प्रत्यक्ष बिक्री शामिल हो, एजेंट या बैंकासुरेंस या दलाल या उनके कर्मचारी को सूचित करेगा कि इन दिशा-निर्देशों और मानक प्रस्ताव फॉर्म प्राप्त करने की आवश्यकता है जिसके प्रयोजन से उपयुक्तता का विश्लेषण व सिफारिश की जा सकती है।
- (ख). जहां प्रत्यक्ष बिक्री शामिल हो, एक बीमा कंपनी या एजेंट या बैंकासुरेंस या दलाल या उनके कर्मचारियों को उपयुक्तता का निर्धारण करने के लिये पर्याप्त रूप से प्रशिक्षित किया जाएगा।
- (ग). बीमा कंपनी प्रत्येक उत्पाद के निर्गमन से पूर्व की सिफारिश की समीक्षा हेतु प्रक्रियाएं रखेगा जो यह सुनिश्चित करेगा कि सिफारिश का निर्धारण उचित आधार पर किया गया है और वह एक उपयुक्त सिफारिश है। इस तरह की समीक्षा प्रक्रियाओं के विस्तृत समीक्षा के लिये चयनित बिक्री लेनदेन की पहचान करने के उद्देश्य के लिए एक स्क्रीन प्रणाली को शामिल करेगा। इस तरह की समीक्षा इलेक्ट्रॉनिक या अन्य साधनों के माध्यम से पूरा किया जा सकता है लेकिन शारीरिक समीक्षा करने के लिये सीमित नहीं है।

- (घ). बीमाकर्ता ऐसी प्रक्रियाएं रखेगा जिससे यह पता लगाया जा सके कि कौन-सी सिफारिश उपयुक्त नहीं है इसमें उपर्युक्तता की जानकारी, व्यवस्थित उपभोक्ता सर्वेक्षण, कॉल का सत्यापन या साक्षात्कार, पुष्टि पत्र और आंतरिक निगरानी के कार्यक्रम शामिल हैं परन्तु सीमित नहीं है एक बीमा कम्पनी उत्पाद जारी करने या उत्पाद की सुपुर्दगी के पश्चात उपयुक्तता की जानकारी की पुष्टि करने के लिए नमूना प्रक्रिया लागू कर सकते हैं।

#### 9. रिकार्ड कीपिंग:

- (1). बीमा कंपनियां, एजेंट, बैंकासुरेंस या दलाल रिकार्ड रखेंगे और प्राधिकरण को निरीक्षण हेतु उपलब्ध करायेगे जब भी प्राधिकरण द्वारा कहा जाएगा भावी क्रेता से एकत्रित सूचनाओं का रिकार्ड तथा अन्य सूचनाएं जो कि सिफारिश के लिये प्रयोग में लाई गई थी जो कि 5 वर्ष की बीमा लेन-देन का आधार थी वह प्राधिकरण की आवश्यकता होने पर बीमाकर्ता द्वारा बीमा लेन-देन पूर्ण किया जाता है।
- (2). रिकार्ड भौतिक या इलेक्ट्रॉनिक रूप में या किसी भी अवस्था में रखा जा सकता है जिससे कि सही रूप में वास्तविक दस्तावेज पुनः पेश और कानूनी जांच के लिये प्रस्तुत हो सकते हैं।

#### 10. प्रशिक्षण

उपयुक्तता की विश्लेषण की जानकारी मांगने के लिये, एजेंट, बैंकासुरेंस और बीमा कंपनी के कर्मचारियों, जहां प्रत्यक्ष बिक्री शामिल हैं को पर्याप्त रूप से प्रशिक्षित किया जाएगा। एक विशेष बीमाकर्ता के उत्पादों की बिक्री के लिए दलालों को भी आवश्यक जानकारी दी जायेगी और बीमा कंपनी यह सुनिश्चित करेगी कि एजेंट, बैंकासुरेंस या दलाल व प्रत्यक्ष बिक्री कर्मियों को बीमा कंपनियों के विभिन्न विशिष्ट उत्पादों के सम्बंध में प्रशिक्षण दिया जाए।

### अध्याय III: कार्यान्वयन

#### 11. तिथि अनुपालन

5, 6,7,8,9 और 10 विनियम के तहत दायित्वों के कार्यान्वयन की तारीख अधिकारिक राजपत्र में प्रकाशन की तारीख से छह महीने के बाद से होगा।

### अध्याय - IV : विविध

#### 12. कठिनाइयों को दूर करने की शक्ति

यदि कोई कठिनाई प्रावधानों के प्रभावी होने में आती है तो प्राधिकरण, आदेश द्वारा, ऐसे प्रावधान कर सकते हैं या ऐसे निर्देश दे सकते जो विनियमों के प्रावधानों के साथ असंगत नहीं है जो कि कठिनाई को हटाने के लिए आवश्यक या व्यवहारिक प्रतीत हो सकते हैं।

जे. हरि नारायण, अध्यक्ष

[विज्ञापन III/4/161/12/असा.]

अनुलग्नक एक

## जीवन बीमा के लिए मानक प्रस्ताव फॉर्म

बीमा कंपनी का नाम :

सेवारत शाखा का नाम :

सेवारत शाखा का पूरा पता :

एजेंट/ दलाल का नाम और संपर्क विवरण :

लाइसेंस संख्या और वैधता विवरण :

नवीनतम पासपोर्ट  
आकार की तस्वीर यहाँ  
छिपकाएँ

उत्पाद का नाम	
बीमित राशि	
उत्पाद की अवधि	
प्रीमियम भुगतान अवधि	
प्रीमियम भुगतान की प्रणाली (एक बार / वार्षिक छमाही / तिमाही आदि)	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>_____</p> <p>(प्रस्तावक के हस्ताक्षर)</p> </div> <div> <p>_____</p> <p>(एजेंट/ बैंकासुरेंस / दलाल के हस्ताक्षर)</p> </div> <div> <p>_____</p> <p>(बीमाकर्ता के हस्ताक्षर)*</p> </div> </div>	

\* प्रस्ताव की स्वीकृति का समय

65661/13-2

6

### प्रस्तावक के लिए निर्देश: इनका सावधानी से पालन करें

1. यह आवश्यक है के लिए प्रस्तावक इस प्रस्ताव फॉर्म को स्वयं भरें और एक मध्यस्थ या किसी तृतीय पक्ष को भरने की अनुमति नहीं है। तथापि, यदि प्रस्तावक स्वयं भरने की स्थिति में नहीं है या प्रस्तावक द्वारा विवरण स्थानीय भाषा में भरा गया है, तो वह सुनिश्चित करें कि जो विवरण भरा गया है उसे पढ़ दिया जाए और उसके द्वारा समझ लिया जाए वह इस आशय की एक घोषणा की जाए जैसा कि इस फॉर्म के भाग (द) में संकेत किया गया है।
2. सभी सवालों को ध्यान से पढ़ें और विवरण सच्चाई से भरें।
3. यह सुनिश्चित करें कि आपने सभी आवश्यक स्थानों पर हस्ताक्षर कर दिये हैं। कुछ स्थानों में एक से अधिक हस्ताक्षर करने की आवश्यकता है जो कि आपके स्वयं के हित में है।
4. जहाँ भी मध्यस्थ (एजेंट / बैंकासुरेंस/ दलाल/) के हस्ताक्षर होने हैं, कृपया सुनिश्चित करें कि वह उसके द्वारा ही किया जाए।
5. इस फॉर्म के 4 भाग हैं अर्थात् भाग (अ) प्रस्तावक का विवरण होता है जो अनिवार्य है। भाग (ब) विशेष / अतिरिक्त सूचना है जो उत्पाद पर आधारित होती है तथा वह अलग हो सकती है। भाग (स) : उपयुक्तता का विश्लेषण है जिसकी सिफारिश उच्च होती है। भाग (द) प्रस्तावित उत्पाद जो अनिवार्य है।
6. प्रस्तावक और प्रत्येक बीमित व्यक्ति के लिए, अलग से फॉर्म जमा कराया जाए।
7. बीमित व्यक्ति/ या प्रस्तावक के दो बार हस्ताक्षर की मांग उसके स्वयं के हित में है।

### मध्यस्थों (एजेंट / दलाल) के लिये निर्देश: इनका सावधानी से पालन करें

1. यह अत्यधिक अनुशंसित है कि प्रस्तावक को आपके द्वारा सलाह दी जाती है फॉर्म के भाग (स) के रूप में उपयुक्तता की विश्लेषण के लिए आवश्यक जानकारी दे जो कि उसके स्वयं के हित में है।
2. यह सुनिश्चित करें कि जिस उत्पाद सिफारिश की जा रही है वह उत्पाद प्रस्तावक की आवश्यकता के अनुरूप है।
3. आप प्रस्तावक की ओर से प्रस्ताव फॉर्म या उसके कॉलम न भरें चाहे वह ऐसा करने का अनुरोध करें।
4. यह सुनिश्चित करें कि आप अपने हस्ताक्षर स्वयं करे जहाँ भी फॉर्म में आवश्यक हो।
5. कृपया यह भी सुनिश्चित करें कि प्रस्तावक और प्रत्येक बीमित व्यक्ति के लिए अलग से फॉर्म एकत्र किया जाएगा।

## अनुभाग - क - प्रस्तावक और / या बीमित व्यक्ति का विवरण

(अनिवार्य)

<b>1. व्यक्तिगत विवरण</b>	
क. नाम	
ख. पत्नी का नाम	
ग. पिता का नाम	
घ. माता का नाम	
ङ. लिंग	
च. जन्म तिथि	
छ. आयु प्रमाण	
ज. पहचान के निशान	
झ. संचार के लिए पता	
ञ. स्थायी पता	
ट. पता प्रमाण (विजली का बिल / टेलीफोन बिल / राशन कार्ड) *	
ठ. टेलीफोन (लैंडलाइन / मोबाइल)	
ड. ई-मेल आईडी	
ढ. वैवाहिक स्थिति	
ण. राष्ट्रीयता	
त. शैक्षिक योग्यता	
थ. स्वास्थ्य पर प्रतिकूल प्रभाव होने की आदतें	
द. धूमपान / अन्य तंबाकू से संबंधित आदतों	हां / नहीं
यदि हाँ, क्या कभी कभी या अक्सर	
मदिरापान	हां / नहीं
यदि हाँ, क्या कभी कभी या अक्सर	
ड्रग्स दुरुपयोग	हां / नहीं
स्वास्थ्य पर सकारात्मक प्रभाव होने की आदतें	हां / नहीं
(1). यदि हाँ, विवरण निर्दिष्ट करें	

(\* कोई एक प्रस्तुत किया जाना चाहिये)

<b>2. पहचान प्रमाण *</b>	
क. पैन नंबर	
ख. आधार संख्या	

ग. राशन कार्ड / डाइविंग लाइसेंस / पासपोर्ट नंबर	
---	--

(\* कोई एक प्रस्तुत किया जाना चाहिये)

3. पारिवारिक विवरण					
क. आश्रितों की संख्या					
ख. आश्रितों का विवरण	1	2	3	4	5
ग. नाम					
घ. पुरुष / महिला					
ङ. रिश्ता					
च. आयु					
छ. जन्म तिथि					
ज. व्यवसाय					
झ. क्या आर्थिक रूप से निर्भर है					

4. यदि कार्यरत है तो रोजगार का विवरण	
क. व्यवसाय	
ख. कार्य की प्रकृति	
ग. सेवा की अवधि	
घ. वार्षिक आय (रुपए में)	
ङ. आय प्रमाण का विवरण प्रस्तुत	
च. क्या पेंशन योजना के तहत कवर किया	
छ. सामान्य सेवानिवृत्ति की उम्र	

5. यदि स्व-नियोजित है तो उसका विवरण	
क. व्यवसाय	
ख. कार्य की प्रकृति	
ग. अनुमानित सक्रिय काम का जीवन	
घ. वार्षिक आय (रुपए में)	
ङ. यदि श्रम - कार्य दिवसों की संख्या	

6. यदि हो तो पेंशन विवरण यदि कार्यरत/ स्व - नियोजित नहीं	
क. नियोजक योजना / बीमा	
ख. व्यक्तिगत योगदान प्रीमियम /	



ग. सेवानिवृत्ति की आयु	
घ. पूर्वानुमानित मूल्य	

7. बैंक विवरण	
क. क्या आप एक बैंक खाता हैं?	हां / नहीं
ख. यदि हां, खाता सं.	
ग. खाता प्रकार	
घ. बैंक का नाम और शाखा	

8. नामित और नियुक्त * का विवरण		
	नामांकित व्यक्ति	नियुक्त व्यक्ति
क. नाम		
ख. जन्म तिथि		
ग. रिश्ता		
घ. पता		
ड. पात्रता की प्रतिशतता		

\* जहां नामित एक नाबालिग, नियुक्त व्यक्ति का विवरण भी प्रस्तुत किया जाए

9. मौजूदा बीमा	सदस्य का नाम (चाहे प्रस्तावक या कवर्ड व्यक्ति)	भुगतान किये जा रहे प्रीमियम का विवरण (रुपये में)	सदस्य का नाम (चाहे प्रस्तावक या कवर्ड व्यक्ति)	भुगतान किये जा रहे प्रीमियम का विवरण (रुपये में)
क. जीवन				
ख. स्वास्थ्य				
ग. यूनिट लिंक्ड बीमा पॉलिसी				
घ. पेंशन पॉलिसी				
ड. अन्य (निर्दिष्ट करने के लिए)				

10. आपका इस पॉलिसी को चुनने का क्या उद्देश्य है?

(धारा 41 और 45 बीमाकर्ता द्वारा पुनः पेश)

65661/13-3

**घोषणा:**

मैं / हम एतद्वारा घोषणा करता हूँ/करते हैं कि मेरी ओर से और सभी प्रस्तावित व्यक्तियों की ओर से जिनका बीमा किया जाना है उपरोक्त में दिये गए बयान, जवाब और ब्यौरे मेरे ज्ञान के अनुसार सभी प्रकार से सही व पूर्ण है मैं / हम अन्य व्यक्तियों की ओर से प्रस्ताव के लिए अधिकृत हूँ/हैं ।

मैं समझता हूँ कि मेरे द्वारा उपलब्ध कराई गई जानकारी के बीमा पॉलिसी का आधार होगी है और यह पॉलिसी बोर्ड द्वारा अनुमोदित बीमा कम्पनी की अंडरराइटिंग पॉलिसी के अधीन रहेगी । पॉलिसी का पूरा प्रीमियम प्राप्त होने पर ही पॉलिसी प्रभावी होगी

मैं / हम आगे घोषणा हूँ/हैं कि मैं/हम लिखित रूप में सूचित करूँगा/करेंगे यदि प्रस्ताव समर्पण के पश्चात परंतु बीमा कम्पनी के जोखिम स्वीकृति के संचार से पहले यदि कोई परिवर्तन बीमित व्यक्ति/भावी क्रेता के व्यवसाय या वित्तीय स्वास्थ्य या सामान्य स्वास्थ्य में होता है ।

मैं / हम घोषणा करता हूँ/हैं और कंपनी को सहमति देता हूँ कि वह स्वास्थ्य से सम्बंधित जानकारी किसी भी डाक्टर से या एक अस्पताल है जिसने किसी भी समय पर बीमित व्यक्ति / भावी क्रेता का इलाज किया हो या किसी भी अतीत या वर्तमान नियोक्ता से बीमित व्यक्ति / भावी क्रेता से सम्बंधित शारीरिक या मानसिक स्वास्थ्य जानकारी माँगी जा सकती है जो प्रभावित कर सकती है या किसी भी बीमा कार्यालय से बीमित व्यक्ति / भावी क्रेता के बीमा के लिये आवश्यक जानकारी माँगी जा सकती है जो कि प्रस्ताव की अंडरराइटिंग दावे के निपटान के प्रयोजन से हो

मैं / हम कंपनी को अधिकृत करते हूँ/हैं मेरे प्रस्ताव से सम्बंधित जानकारी मेडिकल रिकॉर्ड सहित किसी भी सरकारी और / या नियामक प्राधिकरण के साथ आदान-प्रदान किया जा सकता है इसके अलावा, सूचना का आदान-प्रदान प्रस्ताव की अंडरराइटिंग और दावे के निपटान के एकमात्र उद्देश्य के लिए किया जा सकता है.

दिनांक: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(प्रस्तावक के हस्ताक्षर / अंगूठे का निशान)

\_\_\_\_\_  
(प्रस्तावक के हस्ताक्षर)

\_\_\_\_\_  
(बीमित व्यक्ति के हस्ताक्षर / अंगूठे का निशान, यदि प्रस्तावक से अलग हो)

\_\_\_\_\_  
(बीमित व्यक्ति के हस्ताक्षर, यदि प्रस्तावक से अलग हो)

## अनुभाग - ख - विशेष / अतिरिक्त जानकारी

<b>1. शारीरिक / चिकित्सा (प्रश्नावली) प्रत्येक कवर्ड व्यक्ति के लिए, सूचना</b>	
<b>लंबाई:</b>	
<b>वजन:</b>	
क. क्या आप किसी भी शारीरिक विकृति / विकलांग/ जन्मजात विषमता/असामान्यता है?	हां / नहीं
ख. क्या आपने वर्तमान में कोई परीक्षण या जांच कराई है किसी भी परीक्षण जांच के परिणामों का इंतजार है या आप कभी भी किसी भी परीक्षण, जांच या सर्जरी सामान्य जांच, टिप्पणियों, उपचार या अस्पताल में भर्ती के लिये सलाह दी गई है?	हां / नहीं
ग. क्या आपने कभी इलाज या कैंसर, ट्यूमर, अन्सर या किसी भी अन्य विकास के लिए अस्पताल में भर्ती किया गया है?	हां / नहीं
घ. क्या आपने कभी एक या किसी भी जांच या इलाज के लिए कैंसर अस्पताल ऑन्कोलॉजिस्ट में भेजा गया है?	हां / नहीं
ङ. क्या आप किसी भी बीमारी / चोट / दुर्घटना के लिए एक सप्ताह से अधिक उपचार / दवा की आवश्यकता हुई हो	हां / नहीं
च. क्या आप कभी पिछले 2 वर्षों में किसी भी बीमारी के कारण एक सप्ताह से अधिक समय के लिए काम से अनुपस्थित रहे हैं?	हां / नहीं
छ. क्या आप या आपके पति कभी हेपेटाइटिस बी या सी, एचआईवी / एड्स या किसी भी अन्य यौन संचारित रोग के लिए परीक्षण किया गया है?	हां / नहीं
ज. क्या आपने कभी सीने में दर्द, घबराहट, आमवाती बुखार, दिल बड़बड़ाहट, दिन का दौरा, सांस की तकलीफ या किसी अन्य हृदय संबंधी विकार का सामना करना पड़ा है?	हां / नहीं
झ. क्या आपने कभी लक्षण / गुर्दे, प्रोस्टेट, हाइड्रोसेल, और मूत्र प्रणाली से संबंधित बीमारी का सामना करना पड़ा?	हां / नहीं
ञ. क्या आपने कभी गैस्ट्राइटिस, पेट या यहणी अन्सर, हर्निया, पीलिया, बवासीर नालव्रण या किसी अन्य या गैस्ट्रोइंटेस्टाइनल सिस्टम का रोग विकारों का सामना करना पड़ा है?	हां / नहीं
ट. क्या आपने कभी थायरॉइड विकार या किसी अन्य रोग या एंडोक्राइन प्रणाली के विकार का सामना करना पड़ा है?	हां / नहीं
ठ. क्या आप आया / एंजियोप्लास्टी से गुजरना, बाईपास सर्जरी, मस्तिष्क सर्जरी, हार्ट वाल्व सर्जरी, महाधमनी सर्जरी या अंग प्रत्यारोपण के लिए सिफारिश की गई है?	हां / नहीं
ड. क्या आपने कभी मधुमेह / उच्च रक्त शर्करा का सामना करना पड़ा है?	हां / नहीं
ढ. क्या आपने कभी उच्च / कम रक्त दबाव का सामना करना पड़ा है?	हां / नहीं
ण. क्या आपने कभी दोषपूर्ण दृष्टि, भाषण, या कान से सुनवाई मुक्ति सहित नेत्र, कान, गला, नाक के विकार का सामना करना पड़ा?	हां / नहीं
त. क्या आपने कभी जिगर या प्रजनन प्रणाली से संबंधित बीमारियों का सामना करना पड़ा?	हां / नहीं
थ. क्या आपने कभी लक्षण / त्रायन, अवसाद से संबंधित बीमारियों का सामना करना पड़ा? मानसिक / मनोरोग बीमारी, मल्टीपल स्केलेरोसिस, तंत्रिका तंत्र, स्ट्रोक, पक्षाघात, पार्किंसनिज्म या मिरगी?	हां / नहीं
द. क्या आपने कभी अस्थिमा, ब्रॉकाइटिस, रक्त थूकना, टीबी या अन्य सांस की बीमारियों का सामना करना पड़ा है?	हां / नहीं
ध. क्या आपने कभी रक्ताल्पता, रक्त, या रक्त संबंधी विकारों के सामना करना पड़ा?	हां / नहीं

न. क्या आपने कभी गठिया, आवर्तक पीठ दर्द के रूप में मस्कुलोस्केलेटल विकारों का सामना करना पड़ा, डिस्क या रीढ़ की हड्डी, जोड़ों, अंगों, या कुष्ठ रोग के किसी भी अन्य विकार ?	हां / नहीं
न. क्या आपने कभी किसी अन्य बीमारी या दुर्बलता का सामना किया है जो कि उपर नहीं दी गई	हां / नहीं

## 2. महिला प्रस्तावक / कवर्ड व्यक्ति का विवरण

क. क्या आप वर्तमान में गर्भवती हैं?	हां / नहीं
ख. यदि हाँ, गर्भावस्था के वर्तमान महीने	
ग. पहली गर्भावस्था का समय	
घ. क्या आपका कोई भी गर्भपात, गर्भपात या अस्थानिक गर्भावस्था हुआ था	हां / नहीं
ङ. क्या आप किसी भी प्रसूतिशास्त्र का जाँच, आंतरिक जाँच, मैमोग्राम या बायोप्सी के रूप में स्तन की जाँच कराई है ?	हां / नहीं
च. क्या आपने कभी स्तन में एक अनियमितता की वजह से एक डॉक्टर से सलाह ली, योनि, गर्भाशय, अंडाशय, फैलोपियन ट्यूब, मासिक धर्म, जन्म प्रसव, गर्भावस्था या बच्चे को प्रसव या एक यौन संचारित रोग के दौरान जटिलताओं?	हां / नहीं

[नोट: बीमा कंपनियाँ उपयुक्त विशेष उत्पाद के आधार पर सवाल पूछ सकते हैं. उपरोक्त सवालों निदर्शों ही हैं.]

### घोषणा:

मैं / हम एतद्वारा घोषणा करता हूँ/करते हैं कि मेरी ओर से और सभी प्रस्तावित व्यक्तियों की ओर से जिनका बीमा किया जाना है उपरोक्त में दिये गए बयान, जवाब और ब्यौरे मेरे ज्ञान के अनुसार सभी प्रकार से सही व पूर्ण है मैं / हम अन्य व्यक्तियों की ओर से प्रस्ताव के लिए अधिकृत हूँ/हैं ।

मैं समझता हूँ कि मेरे द्वारा उपलब्ध कराई गई जानकारी के बीमा पॉलिसी का आधार होगी /है और यह पॉलिसी बोर्ड द्वारा अनुमोदित बीमा कम्पनी की अंडरराइटिंग पॉलिसी के अधीन रहेगी । पॉलिसी का पूरा प्रीमियम प्राप्त होने पर ही पॉलिसी प्रभावी होगी

मैं / हम आगे घोषणा हूँ/है कि मैं/हम लिखित रूप में सूचित करूँगा/करेंगे यदि प्रस्ताव समर्पण के पश्चात परंतु बीमा कम्पनी के जोखिम स्वीकृति के संचार से पहले यदि कोई परिवर्तन बीमित व्यक्ति /भावी क्रेता के व्यवसाय या वित्तीय स्वास्थ्य या सामान्य स्वास्थ्य में होता है ।

मैं / हम घोषणा हूँ/है और कंपनी को सहमति देता हूँ कि वह स्वास्थ्य से सम्बंधित जानकारी किसी भी डाक्टर से या एक अस्पताल है जिसने किसी भी समय पर बीमित व्यक्ति/भावी क्रेता का इलाज किया हो या किसी भी अतीत या वर्तमान नियोक्ता से बीमित व्यक्ति/भावी क्रेता से सम्बंधित शारीरिक या मानसिक स्वास्थ्य जानकारी माँगी जा सकती है जो प्रभावित कर सकती है या किसी भी बीमा कार्यालय से बीमित व्यक्ति/भावी क्रेता के बीमा के लिये आवश्यक जानकारी माँगी जा सकती है जो कि प्रस्ताव की अंडरराइटिंग दावे के निपटान के प्रयोजन से हो

मैं / हम कंपनी को अधिकृत करते हूँ/हैं मेरे प्रस्ताव से सम्बंधित जानकारी मेडिकल रिकॉर्ड सहित किसी भी सरकारी और / या नियामक प्राधिकरण के साथ आदान-प्रदान किया जा सकता है इसके अलावा, सूचना का आदान-प्रदान प्रस्ताव की अंडरराइटिंग और दावे के निपटान के एकमात्र उद्देश्य के लिए किया जा सकता है।

दिनांक: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
प्रस्तावक के हस्ताक्षर/ अंगूठे का निशान

\_\_\_\_\_  
(प्रस्तावक के हस्ताक्षर)

\_\_\_\_\_  
(बीमित व्यक्ति के हस्ताक्षर / अंगूठे का निशान, यदि प्रस्तावक से अलग हो)

\_\_\_\_\_  
(बीमित व्यक्ति के हस्ताक्षर, यदि प्रस्तावक से अलग हो)

### अनुभाग - ग - उपयुक्तता का विश्लेषण (उच्च अनुशंसित)

1. वहन करने योग्य अंशदान- वर्तमान और अनुमानित (रुपये में)							
वर्ष	पिछले साल	चालू वर्ष	5-10 साल	10-15 वर्ष	15-20 साल	20-25 साल	25-30 साल
क. वार्षिक							
ख. मासिक							

2. आप अपने कार्यकाल को कैसे अभिव्यक्त करते हैं?						
क. वर्षों की संख्या	5 वर्ष	10 साल	15 साल	20 साल	25 साल	30 साल
ख. अवधि कार्य						

3. आय / व्यय - वर्तमान और अनुमानित (रुपए में)							
वर्ष	पिछले साल	चालू वर्ष	5-10 साल	10-15 वर्ष	15-20 साल	20-25 साल	25-30 साल
क. आय							
ख. व्यय							

65661/13-4

4. वित्तीय विवरण	
क. बचत और संपत्ति के मूल्य (रुपए में)	
ख. देनदारियों का विवरण	
ग. अपेक्षित विरासत	

5. बीमा की जरूरत की पहचान (रुपये में)	
क. जीवन बीमा (मृत्यु / परिपक्वता)	
वांछनीय बीमित	
ख. स्वास्थ्य बीमा	
प्रतिवर्ष कवरेज के वांछनीय सीमा	
ग. बचत और निवेश योजना	
प्रतिवर्ष वांछनीय रिटर्न	
घ. पेंशन योजना	
प्रतिवर्ष वांछनीय पेंशन	

6. बीमा योजना का विवरण (पारंपरिक/ यूनिप / पेंशन / स्वास्थ्य)	
क. प्लान का नाम	
ख. प्रीमियम के प्रकार	
ग. भुगतान मोड (प्रणाली)	
घ. भुगतान की विधि	
ङ. प्रीमियम अवधि	
च. कवरेज अवधि	
छ. बीमित राशि (रुपये में)	
ज. लाभ / राइडर्स / फंड एलोकेशन	

7 जीवन की जरूरत की पहचान	प्रतिवर्ष अनुमान (रुपए में)						
मद / वर्ष	पिछले साल	चालू वर्ष	5-10 साल	10-15 वर्ष	15-20 साल	20-25 साल	25-30 साल
क. भोजन, आवास, कपड़े, और अन्य रहने वाले खर्च जैसे परिवहन खर्च, उपयोगिताओं आदि							
ख. शिक्षा का खर्च							
ग. स्वास्थ्य खर्च							
घ. शादी का खर्च							
ङ. छुट्टियों और अन्य यात्रा व्यय							
च. अन्य प्रतिबद्धताओं जैसे बीमा प्रीमियम, विभिन्न अंशदान आदि							
कुल							

यह घोषित किया जाता है कि उपरोक्त जानकारी प्रस्तावक द्वारा प्रदान की गई है

(एजेंट / बैंकसुरेंस / दलाल के हस्ताक्षर)

प्रस्तावक के हस्ताक्षर / अंगूठे का निशान

(प्रस्तावक के हस्ताक्षर)

(बीमित व्यक्ति के हस्ताक्षर / अंगूठे का निशान, यदि प्रस्तावक से अलग हो)

(बीमित व्यक्ति के हस्ताक्षर, यदि प्रस्तावक से अलग हो)

**प्रस्तावक पावती:**

उपरोक्त सिफारिश मेरे द्वारा उपलब्ध कराई गई जानकारी पर आधारित है मुझे उत्पाद की विशेषताओं के बारे में समझाया गया है और विश्वास है कि मेरी बीमा की जरूरत व वित्तीय उद्देश्यों के आधार पर यह उत्पाद उपयुक्त होगा

दिनांक: \_\_\_\_\_

1. (प्रस्तावक हस्ताक्षर /  
अंगूठे का निशान)

2. (प्रस्तावक के हस्ताक्षर)

(बीमित व्यक्ति के हस्ताक्षर / अंगूठे का निशान, यदि प्रस्तावक से अलग हो)

(बीमित व्यक्ति के हस्ताक्षर, यदि प्रस्तावक से अलग हो)

### अनुभाग - घ - प्रस्तावित उत्पाद (अनिवार्य)

<b>1. सिफारिश:</b>	
1. जीवन अवस्था	बचपन / युवा अविवाहित / युवा विवाहित / युवा शादीशुदा बच्चों के साथ / शादीशुदा बड़े बच्चों के साथ / परिवार के बाद या सेवानिवृत्ति से पूर्व / सेवानिवृत्ति
2. सुरक्षा की जरूरत है	जीवन / स्वास्थ्य बचत और निवेश / पेंशन
3. जोखिम की इच्छा	कम / मध्यम / उच्च
4. पॉलिसी की सिफारिश बीमा कंपनी के नाम के साथ	
5. वर्तमान और भविष्य के वर्षों के लिए प्रतिबद्धता का विवरण	
6. क्या सभी जोखिम के तत्वों और शुल्क का विवरण जो खर्च किये जाने हैं और अन्य सभी दायित्वों को समझाया गया है?	
7. तुम क्यों लगता है कि यह पॉलिसी के प्रस्तावक के लिए सबसे उपयुक्त है?	
8. क्या उत्पाद प्रस्तावित है	
i. जरूरत के आधार पर	
ii. मांग के आधार पर	
iii. एजेंट की सिफारिश के आधार पर	



**एजेंट / बैंकासुरेंस / दलाल का प्रमाणन:**

मैं / हम इसके द्वारा प्रमाणित करते हूँ/हैं कि मैं / हम मानते हैं कि उत्पाद जिसकी सिफारिश मेरे/हमारे द्वारा की गई है वह प्रस्तावक के लिए उपयुक्त है, जिसका आधार उसके द्वारा प्रस्तुत जानकारी है जैसा कि कि उपर दर्ज है मैं / हम घोषणा करते हैं कि जिस पॉलिसी की सिफारिश की है वह प्रस्तावक को पूरी तरह से समझा दी गई जिसमें नियमों और शर्तों, अपवर्जन, प्रीमियम प्रतिबद्धताओं व विभिन्न शुल्क, जो लागू है, शामिल हैं

दिनांक: \_\_\_\_\_

(एजेंट / बैंकासुरेंस / दलाल के हस्ताक्षर)

(बीमाकर्ता के हस्ताक्षर)

**2 जहाँ प्रस्तावक एजेंट / बैंकासुरेंस / दलाल और बीमाकर्ता की सिफारिश को स्वीकार नहीं करता :**

मैं एजेंट / बैंकासुरेंस / दलाल और बीमाकर्ता सिफारिश के साथ सहमत नहीं हूँ. मैं

पॉलिसी \_\_\_\_\_ अपनी इच्छा के अनुसार (पॉलिसी का नाम यहाँ उल्लेख जाए) का चुनाव किया है

(प्रस्तावक हस्ताक्षर / अंगूठे का निशान)

(बीमित व्यक्ति के हस्ताक्षर / अंगूठे का निशान, यदि प्रस्तावक से अलग हो)

जहां सवालियों के जवाब में एक प्रस्तावक के अलावा अन्य व्यक्ति या जहाँ जवाब/हस्ताक्षर प्रस्तावक/ बीमित व्यक्ति द्वारा स्थानीय भाषा में हैं

प्रस्ताव प्रपत्र में विवरण पढ़ दिया गया है और मुझे समझा दिया गया है और मुझे समझ में आ गया है.

1. \_\_\_\_\_  
(प्रस्तावक हस्ताक्षर /  
अंगूठे का निशान)

2. \_\_\_\_\_  
(बीमित व्यक्ति के हस्ताक्षर / अंगूठे का निशान, यदि प्रस्तावक से अलग हो)

6566/13-5

## INSURANCE REGULATORY AND DEVELOPMENT AUTHORITY

## NOTIFICATION

Hyderabad, the 16th February, 2013

**Insurance Regulatory and Development Authority (Standard Proposal Form for Life Insurance) Regulations, 2013**

**F. No. IRDA/Reg./10/68/2013.**—In exercise of the powers conferred by Sections 14 (2) (b) of IRDA Act, 1999 (Act 41 of 1999) and 114 (A) (zc) and (zd) of the Insurance Act, 1938 (4 of 1938), the Authority, in consultation with the Insurance Advisory committee, hereby makes the following regulations, namely :—

**Chapter I: Introductory****1. Short title and commencement**

- (1). These regulations may be called the **IRDA Regulations for Standard Proposal Form for Life Insurance, 2013.**
- (2). They shall come into force on the date of their publication in the official gazette.

**2. Definitions**

In these regulations, unless the context otherwise requires,

- (1). 'Act' means the Insurance Act, 1938 (4 of 1938)
- (2). 'Recommendation' means advice provided by an agent or bancassurance or broker or an insurer where no agent or broker is involved, to an individual consumer that results in a purchase of a life insurance policy in accordance with that advice.
- (3). 'Suitability' means a determination based on information provided in the standard proposal form that, based upon a particular prospect's risk profile, financial situation, and investment objectives, a product is appropriate for that prospect..
- (4). 'Suitability information' means information that is reasonably appropriate to determine the suitability of a recommendation as provided for in the standard proposal form.
- (5). 'Standard Proposal Form' means Standard Proposal form format as attached to these Regulations as Annexure A consisting of four parts, namely (A). Details of the prospect (B). Specialized/Additional information. (C). Suitability Analysis (D). Recommendation, apart from the standard declarations to which no additions or deletions shall be made, where Section A and D are standard and mandatory, Section B may be modified as required and Section D is standard and highly recommended or such form as may be prescribed by the Authority from time to time.
- (6). All words and expressions used herein and not defined but defined in the Insurance Act, 1938 (4 of 1938), or in the Insurance Regulatory and Development Authority Act, 1999 (41 of 1999), or in any Rules or Regulations made thereunder, shall have the meanings respectively assigned to them in those Acts or Rules or Regulations.

**3. Objective**

The Objective of these Regulations is to provide for a standard proposal form for individual policies in Life Insurance that has an inbuilt flexibility for seeking additional / specialized information that is product specific or specific to a particular risk category, with a view to ensuring that it takes into consideration all relevant questions that are required to understand the need for a particular product and make a recommendation to the prospect bringing in transparency and thereby protecting the prospect's interests.

**4. Complementarity**

These regulations are complementary to the provisions relating to the proposal form provided for under the law, rules and regulations, in particular Section 45 and 51 of the Insurance Act, 1938, Regulations 7 (d) and 4 of the IRDA Regulations for protection of Policyholders' Interests, 2002 and Rule 12 of the Insurance Rules, 1939.

**Chapter II: Obligations****5. Applicability and Scope**

- (1). These Regulations apply to all individual policies issued by life insurance companies, irrespective of the segment and type of product.
- (2). The obligations under these Regulations apply to Insurers and Intermediaries as defined therein.

**6. Standard Proposal Form**

- (1). It shall be mandatory for all life insurance companies to adopt the Standard Proposal Form.
- (2). A separate form is to be collected for each individual life proposed.

**7. Determination of Suitability:**

- (1). An Insurer or Agent or Bancassurance or Broker or the insurer's employees where direct sales are involved, shall make reasonable efforts to obtain a consumer's 'suitability information' prior to making a recommendation.
- (2). Based on the suitability of information gathered from the prospect, the Insurer or Agent or Bancassurance or Broker or the insurer's employees where direct sales are involved, must have reasonable grounds to believe that the product being recommended to the prospect is suitable for him / her.
- (3). In recommending the purchase of a life insurance product, the Insurer or Agent or Bancassurance or Broker or the insurer's employees where direct sales are involved, shall ensure the following:
  - (a). The prospect has been informed of the products available and the details of the features of the particular product being recommended. This would include but not be limited to the benefits, various charges such as surrender charge, administration charge and all other charges as applicable, market risks etc. – in other words all relevant features of the product necessary for the prospect to make an informed decision.
  - (b). The Insurer or Agent or Bancassurance or Broker or the insurer's employee where direct sale is involved, believes that a particular product would suit the needs of the prospect.

**8. Insurers to establish supervisory procedures:**

- (1). An insurer shall establish a supervision system that is designed to achieve compliance with these guidelines including but not limited to the following:
  - (a). The insurer shall maintain procedures to inform Agents, Bancassurance, Brokers or and its employees where direct sales are involved, of the requirements of these guidelines and of the need to collect the standard proposal form/s for the purpose of suitability analysis and making a Recommendation.
  - (b). The Agents, Bancassurance, Brokers and its employees where direct sales are involved, shall be adequately trained to determine suitability.
  - (c). The insurer shall maintain procedures for review of each recommendation prior to issuance of a product that is designated to ensure that there is a reasonable basis to determine that a recommendation is suitable. Such review procedures shall include a screening system for the purpose of identifying selected sale transactions for a detailed review. Such review may be accomplished electronically or through other means including but not limited to physical review.
  - (d). The insurer shall maintain procedures to detect recommendations that are not suitable. This may include, but not limited to confirmation of suitability information, systematic consumer surveys, verification calls or interviews, confirmation letters and programs of internal monitoring. An insurer may apply sampling procedures for confirming suitability information after issuance or delivery of the product.

**9. Record Keeping:**

- (1). Insurers, Agents, Bancassurance or Brokers shall maintain and make available to the Authority for inspection or whenever called for by the Authority, records of information collected from the prospect and other information used in making the recommendations that were the basis for insurance transactions for five years after the insurance transaction is completed by the insurer when required by the Authority.
- (2). The records may be maintained in physical or electronic form or any process that accurately reproduces the actual document and can stand legal scrutiny.

**10. Training**

Agents, Bancassurance and the insurer's employees where direct sales are involved shall be adequately trained on seeking information for suitability analysis. Brokers shall also be given the necessary inputs for sale of the products of a particular insurer. Further, insurer shall ensure that Agents, Bancassurance, Brokers and direct sales personnel are given thorough training regarding the various specific products of the insurance company.

**Chapter III: Implementation****11. Compliance Date**

The date of implementation of the obligations under Regulations 5,6,7,8,9 & 10 shall be from the date following six calendar months from the date of publication of these Regulations in the official gazette.

**Chapter IV: Miscellaneous****12. Power to remove difficulties**

If any difficulty arises in giving effect to the provisions of these Regulations, the Authority may, by order, make such provisions or give such directions not inconsistent with the provisions of these Regulations as may appear to be necessary or expedient for the removal of the difficulty.

J. HARI NARAYAN, Chairman

[ADVT. III/4/161/12/Exty.]

**ANNEXURE A****STANDARD PROPOSAL FORM FOR LIFE INSURANCE**

Name of the Insurance Company :  
 Servicing Branch Name :  
 Complete Address of Servicing Branch :  
 Agency / Broker Name and contact details :  
 License No. & Validity Details :

Affix latest  
 passport size  
 photograph  
 here

<b>Name of the Product</b>	
<b>Sum Assured</b>	

Term of the Product		
Premium Paying Term		
Premium Payment Mode (One time/Annual/Half Yearly/Quarterly etc.)		
<div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 30%; text-align: center;"> <hr/>           (Signature of Proposer)         </div> <div style="width: 30%; text-align: center;"> <hr/>           (Signature of Agent/Broker/Bancassurance)         </div> <div style="width: 30%; text-align: center;"> <hr/>           (Signature of Insurer)*         </div> </div>		

\*At the time of acceptance of proposal

#### Instructions for Proposer: Please follow these carefully

1. It is necessary for the proposer to fill up this proposal form himself/herself and not allow an intermediary or any third party to do it. However, in case the proposer is not in a position to do so or the details are filled in by the proposer in vernacular, he/she must ensure that the details filled in are read out to him/her and that they are understood by him/her. He/she must make a declaration to this effect as indicated in **Section D** of this form.
2. Please read all the questions carefully and fill up the details truthfully.
3. Please ensure that you affix your signatures in all the places as required. In certain places more than one signature is required. This is in your own interest
4. Wherever the intermediary (Agent/Bancassurance/Broker) is required to sign, please ensure that the same has been done by him/her.
5. This form contains 4 sections namely **Section A**: Contains the Details of Proposer which is mandatory, **Section B**: Contains Specialised/Additional Information which may vary based on the product, **Section C**: Contains Suitability Analysis which is highly recommended and **Section D**: Product Proposed which is mandatory.
6. For proposer and each life assured, separate forms to be submitted.
7. Signature/ of life assured and/or proposer sought twice in his/her interest.

#### Instructions to Intermediary (Agent/Bancassurance/Broker): Please follow these carefully

1. It is highly recommended that the proposer is advised by you to give information required for Suitability Analysis as per **Section C** of the form, in his/her own interest.
2. Please ensure that the product recommended suits the needs of the proposer.
3. Do not fill up the proposal form or any column of the form on behalf of the proposer even if requested to do so.
4. Please ensure that you affix your signatures wherever required in the form.
5. Please ensure that for proposer and each life assured, separate forms are collected.

65661/13-6

**SECTION A: DETAILS OF PROPOSER and/or LIFE ASSURED****(Mandatory)**

<b>1. Personal Details</b>	
a. Name	
b. Spouse's Name	
c. Father's Name	
d. Mother's Name	
e. Gender	
f. Date of birth	
g. Age Proof	
h. Identification marks	
i. Address for Communication	
j. Permanent Address	
k. Address Proof (Electricity Bill/ Telephone Bill/Ration Card)*	
l. Telephone ( Landline/Mobile)	
m. E-mail id	
n. Marital status	
o. Nationality	
p. Education Qualifications	
q. Habits impacting health adversely	
(i). Smoking/other tobacco related habits	Yes/No
a) If Yes, whether occasionally or frequently	
(ii). Consuming Alcohol	Yes/No
b) If Yes, whether occasionally or frequently	
(iii). Drug Abuse	Yes/No
r. Habits having a positive impact on health	Yes/No
(i). If Yes, specify details	

(\* Any one to be submitted)

<b>2. Identification Proof *</b>	
a. PAN Number	
b. Aadhaar Number	
c. Ration Card/ Driving License/ Passport Number	

(\* Any one to be submitted)

**3. Family details**

<b>a. Number of dependants</b>					
<b>b. Details of dependants</b>	1	2	3	4	5
<b>c. Name</b>					
<b>d. Male/Female</b>					
<b>e. Relationship</b>					
<b>f. Age</b>					
<b>g. Date of Birth</b>					
<b>h. Occupation</b>					
<b>i. Whether financially dependent</b>					

**4. If employed - Employment details**

<b>a. Occupation</b>	
<b>b. Nature of Work</b>	
<b>c. Length of service</b>	
<b>d. Annual income (in Rupees)</b>	
<b>e. Details of Income proof submitted</b>	
<b>f. Whether covered under pension scheme</b>	
<b>g. Normal retirement age</b>	

**5. If self-employed - Details**

<b>a. Occupation</b>	
<b>b. Nature of Work</b>	
<b>c. Projected active working life</b>	
<b>d. Annual income (in Rupees)</b>	
<b>e. If labour - Number of working days</b>	

**6. Pension Details, if any, if not employed/self-employed**

<b>a. Employer's Scheme/Insurance</b>	
<b>b. Personal contribution/Premium</b>	
<b>c. Retirement age</b>	
<b>d. Anticipated value</b>	

**7. Bank details**

<b>a. Do you have a bank account?</b>	<b>Yes/No</b>
<b>b. If yes, Account No</b>	

c. Account type	
d. Bank Name and Branch -	

8. Details of Nominee & Appointee*		
	Nominee	Appointee
a. Name		
b. Date of Birth		
c. Relationship		
d. Address		
e. Percentage of entitlement		

\*where Nominee is a minor, Appointee details also to be furnished

9. Existing Insurance	Name of Member (whether proposer or covered person)	Details of premium being paid (in Rupees)	Name of Member (whether proposer or covered person)	Details of premium being paid (in Rupees)
a. Life				
b. Health				
c. Unit Linked Insurance Policy				
d. Pension Policy				
e. Other ( to specify)				

10. What is the purpose of your opting for this policy?

(Sections 41 and 45 to be reproduced by insurer)

#### Declaration:

I/We hereby declare, on my behalf and on behalf of all persons proposed to be insured, that the above statements, answers and/or particulars given by me are true and complete in all respects to the best of my knowledge and that I/We am/are authorized to propose on behalf of these other persons.

I understand that the information provided by me will form the basis of the insurance policy and that the policy is subject to Board approved underwriting policy of the insurance company and the policy will come into force only after full receipt of the premium chargeable.

I/We further declare that I/we will notify in writing any change occurring in the occupation, financial health or general health of the life to be assured/proposer after the proposal has been submitted but before communication of the risk acceptance by the company.

I/We declare and consent to the company seeking medical information from any doctor or from a hospital who at anytime has attended on the life to be assured/proposer or from any past or present employer concerning anything which affects the physical or mental health of the life to be assured/proposer and seeking information from any insurance office to which an application for insurance on the life to be assured/proposer has been made for the purpose of underwriting the proposal and claim settlement.

I/We authorize the company to share information pertaining to my proposal including the medical records with any Governmental and/or Regulatory authority. Further, the information may be shared for the sole purpose of proposal underwriting and claims settlement.



Date: \_\_\_\_\_

(Signature of Proposer/Thumb Impression)

(Signature of Proposer)

(Signature/Thumb Impression of Life Assured,  
if different from Proposer)(Signature of Life Assured,  
if different from Proposer)**SECTION B: SPECIALISED/ADDITIONAL INFORMATION**

<b>1. Physical/Medical Information (Questionnaire)—for each covered person</b>	
<b>Height</b>	:
<b>Weight</b>	:
a. Do you have any physical deformity/handicap/congenital defect/abnormality?	YES/NO
b. Are you currently undergoing/have undergone any tests, investigations, awaiting results of any tests, investigations or have you ever been advised to undergo any tests, investigations or surgery or been hospitalized for general checkup, observations, treatment or surgery?	YES/NO
c. Have you ever been treated or hospitalized for Cancer, Tumor, Cysts or any other growth?	YES/NO
d. Have you ever been referred to an Oncologist or Cancer hospital for any investigation or treatment?	YES/NO
e. Did you have any ailment/injury/accident requiring treatment/medication for more than a week?	YES/NO
f. Have you ever been absent from work for more than a week in last 2 years due to any illness?	YES/NO
g. Were you or your spouse ever tested for Hepatitis B or C, HIV/AIDS or any other sexually transmitted disease?	YES/NO

65661/13-7

h. Have you ever suffered Chest pain, Palpitation, Rheumatic fever, Heart Murmur, Heart attack, shortness of Breath or any other Heart related disorder?	YES/NO
i. Have you ever suffered symptoms/ailment relating to Kidney, Prostate, Hydrocele, And Urinary System?	YES/NO
j. Have you ever suffered Gastritis, Stomach or Duodenal Ulcer, Hernia, Jaundice, Fistula Piles or any other disease or disorders of the Gastrointestinal System?	YES/NO
k. Have you ever suffered Thyroid disorder or any other disease or disorder of the Endocrine system?	YES/NO
l. Have you undergone/have been recommended to undergo Angioplasty, Bypass Surgery, Brain Surgery, Heart Valve Surgery, Aorta Surgery or Organ Transplant?	YES/NO
m. Have you ever suffered Diabetes/ High Blood Sugar?	YES/NO
n. Have you ever suffered High/Low Blood Pressure?	YES/NO
o. Have you ever suffered Disorders of Eye, Ear, Nose, Throat including defective sight, speech or hearing & discharge from ears?	YES/NO
p. Have you ever suffered ailments relating to Liver or reproductive System?	YES/NO
q. Have you ever suffered Symptoms/ailments relating to Brian, Depression? Mental/Psychiatric ailment, Multiple Sclerosis, Nervous System, Stroke, Paralysis, Parkinsonism or Epilepsy?	YES/NO
r. Have you ever suffered Asthma, Bronchitis, Blood spitting, Tuberculosis or other Respiratory disorders?	YES/NO
s. Have you ever suffered Anaemia, Blood or Blood related disorders?	YES/NO
t. Have you ever suffered Musculoskeletal disorders such as Arthritis, Recurrent Back Pain, Slipped disc or any other disorder of Spine, Joints, Limbs or Leprosy?	YES/NO
u. Have you ever suffered any other illness or impairment not mentioned above?	YES/NO

2. Details of Female Proposers /covered person	
a. Are you currently pregnant?	YES/NO
b. If yes, current months of pregnancy	
c. State age of first pregnancy	
d. Have you ever had any abortion, miscarriage or ectopic pregnancy?	YES/NO
e. Have you undergone any gynecological investigations, internal checkups, breast checks such as mammogram or biopsy?	YES/NO
f. Have you ever consulted a doctor because of an irregularity at the breast, vagina, uterus, ovary, fallopian tubes, menstruation, birth delivery, complications during pregnancy or child delivery or a sexually transmitted disease?	YES/NO

[Note: Insurers may ask appropriate questions based on particular product. The above questions are illustrative only.]

**Declaration:**

I/We hereby declare, on my behalf and on behalf of all persons proposed to be insured, that the above statements, answers and/or particulars given by me are true and complete in all respects to the best of my knowledge and that I/We am/are authorized to propose on behalf of these other persons.

I understand that the information provided by me will form the basis of the insurance policy and that the policy is subject to Board approved underwriting policy of the insurance company and the policy will come into force only after full receipt of the premium chargeable.

I/We further declare that I/we will notify in writing any change occurring in the occupation, financial health or general health of the life to be assured/proposer after the proposal has been submitted but before communication of the risk acceptance by the company.

I/We declare and consent to the company seeking medical information from any doctor or from a hospital who at anytime has attended on the life to be assured/proposer or from any past or present employer concerning anything which affects the physical or mental health of the life to be assured/proposer and seeking information from any insurance office to which an application for insurance on the life to be assured/proposer has been made for the purpose of underwriting the proposal and claim settlement.

I/We authorize the company to share information pertaining to my proposal including the medical records with any Governmental and/or Regulatory authority. Further, the information may be shared for the sole purpose of proposal underwriting and claims settlement.

Date; \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Signature of Proposer/Thumb Impression)

\_\_\_\_\_  
(Signature of Proposer)

\_\_\_\_\_  
(Signature/Thumb Impression of Life Assured,  
if different from Proposer)

\_\_\_\_\_  
(Signature of Life Assured,  
if different from Proposer)

## SECTION C: SUITABILITY ANALYSIS

### (Highly recommended)

#### 1. Affordable contribution—Current and projected (in Rupees)

YEAR	Last Year	Current Year	5-10 Years	10-15 Years	15-20 Years	20-25 Years	25-30 Years
a. Yearly							
b. Monthly							

#### 2. How do you project your work span?

a. Number of Years	5 Years	10 Years	15 Years	20 Years	25 Years	30 Years
b. Working span						

#### 3. Income/Expenditure --Current and projected (in Rupees)

YEAR	Last Year	Current Year	5-10 Years	10-15 Years	15-20 Years	20-25 Years	25-30 Years
a. Income							
b. Expenditure							

#### 4. Financial details

a. Value of savings and assets (in Rupees)	
b. Details of liabilities	
c. Expected inheritance	

#### 5. Identified insurance needs (in Rupees)

a. Life Insurance (Death/Maturity)	
<i>Desirable Sum Assured</i>	
b. Health Insurance	
<i>Desirable limit of coverage per annum</i>	
c. Savings and Investment Planning	
<i>Desirable returns per annum</i>	
d. Pension planning	
<i>Desirable pension per annum</i>	

**6. Insurance Plan Details ( Traditional/ULIP/Pension/Health)**

a. Plan Name	
b. Premium Type	
c. Payment Mode	
d. Payment Method	
e. Premium Term	
f. Coverage Term	
g. Sum Assured (in Rupees)	
h. Benefits/Riders/Fund Allocation	

7. Identified Life needs	Projections per annum (in Rupees)						
	Last Year	Current Year	5-10 Years	10-15 Years	15-20 Years	20-25 Years	25-30 Years
a. Food, shelter, clothing and other living expenses such as transportation expenses, utilities etc							
b. Education expenses							
c. Health expenses							
d. Marriage expenses							
e. Vacations and other travel expenses							
f. Other commitments such as insurance premium, various contributions etc							
TOTAL							

It is declared that the above information has been provided by the proposer

\_\_\_\_\_  
(Signature of Agent/Bancassurance/Broker)

\_\_\_\_\_  
(Signature of Proposer)/Thumb Impression

\_\_\_\_\_  
(Signature of Proposer)

\_\_\_\_\_  
(Signature/Thumb Impression of Life Assured,  
if different from Proposer)

\_\_\_\_\_  
(Signature of Life Assured,  
if different from Proposer)

LSA/113-8

## SECTION D: PRODUCT PROPOSED

### (Mandatory)

<b>1. Recommendation:</b>	
1. Life stage	Childhood/Young unmarried/Young married/ Young married with children/married with older children/post-family or pre-retirement/retirement
2. Protection needs	Life & Health/Savings and Investment/Pension
3. Appetite for risk	Low/Medium/High
4. Policy recommended, including name of insurer	
5. Details of commitment for the current and future years	
6. Whether all risk elements and details of charges to be incurred and all other obligations have been explained?	
7. Why you think this policy is most suited for the proposer?	
8. Whether product proposed is	
i. Based on need	
ii. Based on demand	
iii. Based on Agent recommendation	

#### Agent/Bancassurance/Broker's Certification:

I /We hereby certify that I/we believe that the product/s recommended me/us above is suitable for the proposer, based on the information submitted by him/her, as recorded above. I/We declare that the policy recommended has been fully explained to the proposer, including about the terms and conditions, exclusions, premium commitments and various charges, as applicable.

Dated: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Signature of Agent/Bancassurance/Broker)

\_\_\_\_\_  
(Signature of Insurer)

#### Proposer's Acknowledgement:

The above recommendation is based on the information provided by me. I have been explained about the features of the product and believe it would be suitable for me based on my insurance needs and financial objectives.

Dated: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Signature/Thumb  
Impression of Proposer)

\_\_\_\_\_  
(Signature of Proposer)

\_\_\_\_\_  
(Signature/Thumb Impression of Life Assured,  
if different from Proposer)

\_\_\_\_\_  
(Signature of Life Assured,  
if different from Proposer)

**2. Where the proposer does not accept the Recommendation of the Agent/Bancassurance/Broker and Insurer:**

I am not in agreement with the Recommendation of the Agent/Bancassurance/Broker and Insurer. I have opted for the policy named \_\_\_\_\_ (name of policy to be mentioned here) as per my wish.

\_\_\_\_\_  
(Signature/Thumb Impression of Proposer)

\_\_\_\_\_  
(Signature /Thumb Impression of Life Assured,  
where different from Proposer)

Where answers to the questions are filled in by a person other than the proposer or where the answers/ signature of the Proposer/Life Assured are in vernacular:

The details in the proposal form have been read out and explained to me and I have understood the same.

\_\_\_\_\_  
(Signature/Thumb Impression of Proposer)

\_\_\_\_\_  
(Signature/Thumb Impression of Life Assured,  
if different from Proposer)